



Helse- og omsorgsdepartementet

Sendt kun pr. e-post:  
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 14/4080

Dato: 11.12.2014

## **Høring - Utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre**

Legeforeningen viser til ovennevnte høring og vi takker for anledningen til å uttale oss.

Høringsdokumentet har vært sendt til relevante organisasjonsledd i Legeforeningen og høringsvaret er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Legeforeningen bemerker at det etter omstendighetene er riktig og viktig å flytte oppgaver mellom helseprofesjoner. Dette skjer hele tiden på fastlegekontor, i kommunen og mellom nivåene i helsetjenesten. Man må imidlertid vurdere konsekvensene av slike tiltak grundig og se på de konkrete effektene for helsetjenesten under ett.

Når det gjelder det foreliggende høringsforslaget kan Legeforeningen ikke støtte dette. Dette fordi forslaget vil ha negative konsekvenser som overstiger fordelene, blant annet fordi en slik oppgaveglidning vil fortrenge viktig jordmor- og helsesøsterkompetanse fra grupper som trenger det i større grad enn friske kvinner. En vesentlig innvending er også at tiltaket vil stykke opp primærhelsetjenesten på en svært uheldig måte. Legeforeningen oppfatter at begrunnelsene bak forslaget er svake og deler ikke synet på behovsbeskrivelsene.

I det følgende vil vi utdype standpunktet og kommentere enkelte elementer ved høringsforslaget særskilt.

### ***Helsesøster og jordmortjenesten – en rasjonert tjeneste***

Vi går ut i fra at jordmødre og helsesøstre kan lære å rekvirere og administrere alle typer prevensjonsmidler på en teknisk sett betryggende måte, til friske kvinner uten spesiell risiko. Både helsesøstre og jordmødre trengs imidlertid i andre deler av helsetjenesten. Det vekker derfor bekymring når det foreslåtte tiltaket vil forskyve viktig kompetanse vekk fra prioriterte områder som skolehelsetjeneste, fødsels- og svangerskapsomsorg samt fra sykehus og eldreomsorg.

Legene ønsker godt samarbeid med kompetente jordmødre og helsesøstre på områder hvor de er etterspurt. Det er tverrfaglig og tverrpolitisk enighet om at skolehelsetjenesten må styrkes for å forebygge skolefravall og psykisk sykdom hos barn og unge. Psykisk sykdom hos barn og unge er et mye større helseproblem enn uønskede svangerskap. Det vil være vanskelig å styrke skolehelsetjenesten hvis helsesøstrene forsvinner ut til arbeid for friske voksne kvinner. Videre vil behovet for sykepleiere i sykehus og eldreomsorg være økende i årene

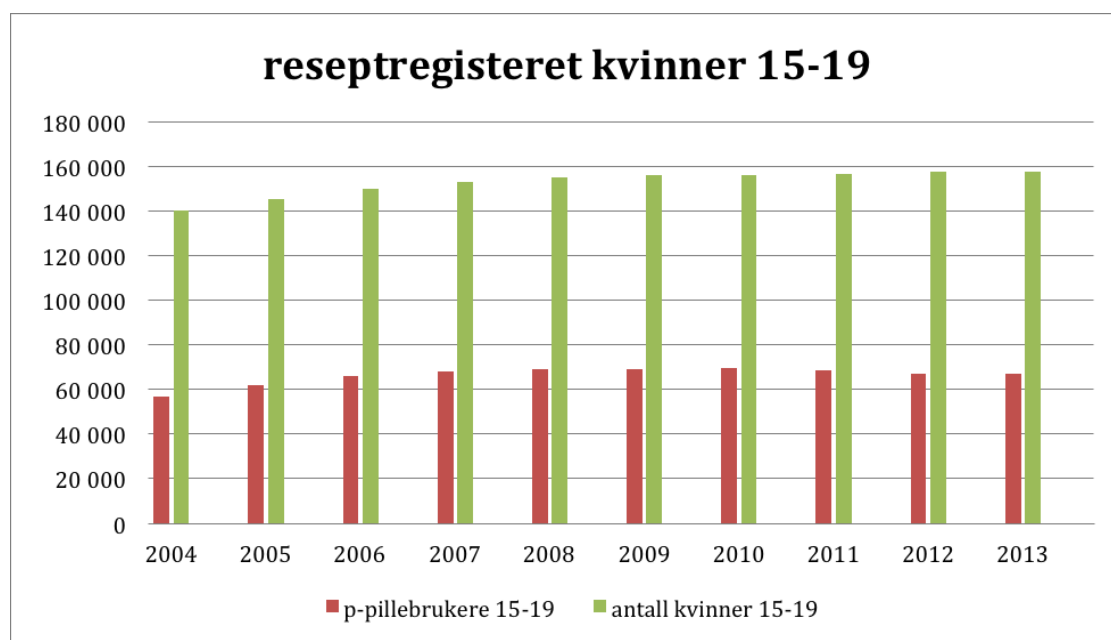
som kommer. God personellutnyttelse og rasjonell drift vil være avgjørende for at befolkningens helsebehov skal kunne dekkes på en god måte når demografiske forhold etter hvert vil utfordre kapasiteten i helsetjenesten.

I disse dager utgir Nordheim-utvalget sin rapport om prioritering i helsevesenet. Legeforeningen trekker frem at det å bruke kompetanse riktig er et viktig prioriteringsverktøy, og at foreliggende problemstillinger må vurderes i lys av dette.

### ***Behov for flere forskrivere?***

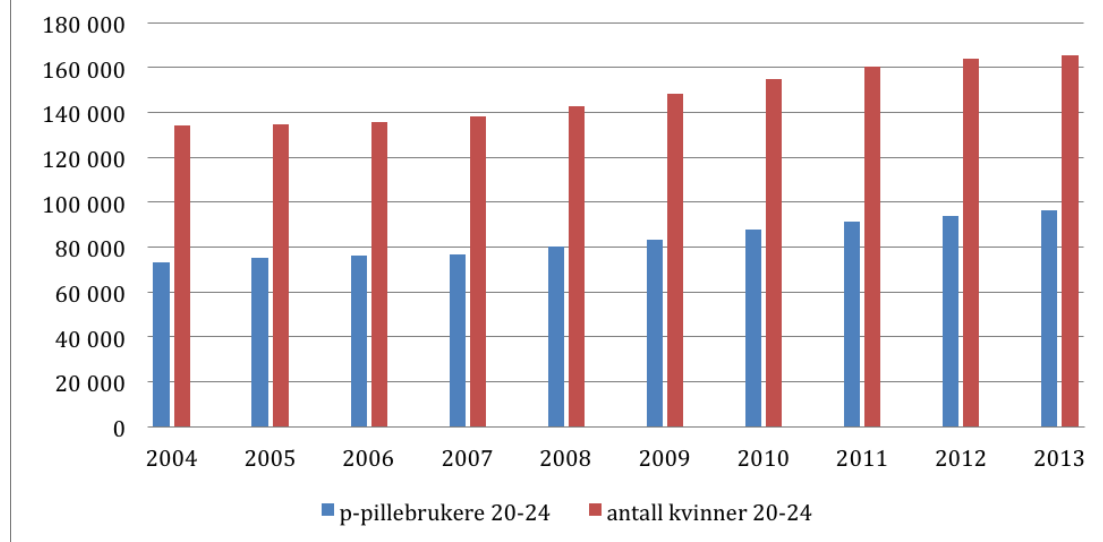
Et argument som løftes frem, er at de høye aborttallene skyldes at unge kvinner ikke har tilstrekkelig tilgang til forskriver. Det argumenteres for at inntreden av helsesøstre i forskrivingen av p-piller til ungdom i 2002 har ført til økt forskriving og bedret aborttallene. Dette finner vi ikke godt grunnlag for.

Ved utdrag fra reseptregisteret, ser vi at fra 2004 (reseptregisterets oppstart) til 2008 økte andelen kvinner som har fått resept på p-piller i alderen 15-19 fra 40 % til 44 %, men så sank andelen igjen til 42 % mot 2013.



I samme tidsrom har andelen kvinner mellom 20 -24 som har fått p-piller forskrevet kun av lege, økt jevnt fra 54% til 58%.

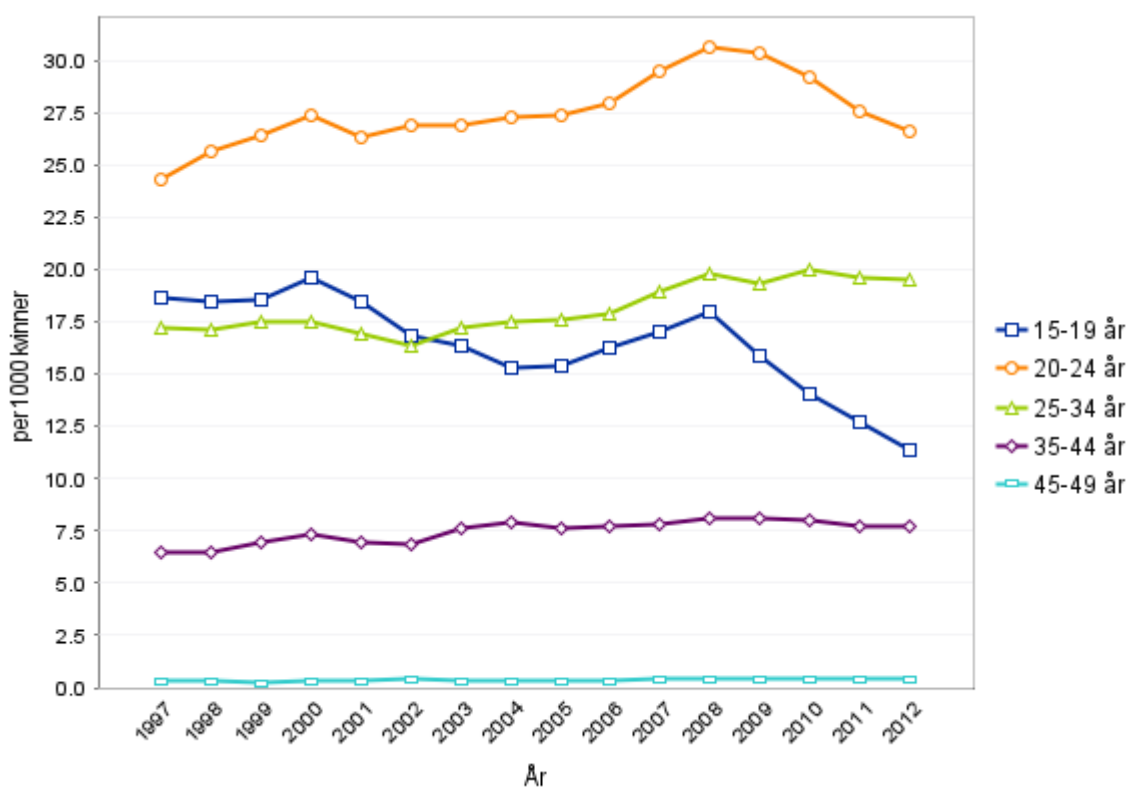
## Reseptregisteret kvinner 20-24



Disse tallene viser at man ikke kan trekke noen sikker konklusjon på at helsesøstres forskrivning øker andelen som bruker p-piller.

### Reduksjon av antall aborter?

I samme periode som beskrevet over, var det etter en initial nedgang, en økning i aborttallene fram mot 2008, deretter har aborttallene gått ned. Det har skjedd for både kvinner mellom 16-19 og kvinner 20-24. Nedgangen i aborttallene skjer i samme periode som andelen p-pillebrukere blant de yngste faktisk har gått ned igjen.



Ut fra disse tallene, kan man ikke trekke konklusjoner om at å fordele forskriving av p-piller på flere yrkesgrupper bidrar til å senke aborttallene.

### ***Fragmentering av helsetjenesten; kontinuitetens fordeler***

En vesentlig bekymring ved høringsforslaget er den mulige oppstykkingen av pasienttilbudet som forslaget vil innebære. I lys av at det pågår et arbeid med ny stortingsmelding for blant annet å utbedre en del av samhandlingsproblemene er det overraskende å lese et dokument fra Helse- og omsorgsdepartementet som i stor grad mangler et overordnet, samlet perspektiv på helsetjenesten.

Primærhelsetjenesten er allerede i dag mange steder preget av oppstykkede tjenester, der ulike faggrupper isolerer seg i egne faglige ”siloer”. Man ser gjerne godt sin egen tjeneste, men har vansker med å se helheten. Det utsendte høringsforslaget om utvidet rett for helsesøster og jordmødre til å ”overta” en del av helsetjenesten for unge kvinner vil kunne bidra til en ytterligere fragmentering. Forslaget bryter med kjerneverdiene i fastlegeordningen, på en slik måte at kontinuitet og kvalitet svekkes.

Det hevdes at unge kvinner med sosial- og/eller helseproblemer lettere vil kunne få forskrevet p-piller av en helsesøster, for eksempel i studenthelsetjenesten eller andre kommunale helsetjenester. Vi mener at det er spesielt viktig at disse kvinnene har god kontakt med fastlegen, fordi dette er kvinner som vi vet også har høy forekomst av helseproblemer som trenger utredning og behandling. Det kan være uheldig å etablere ordninger som systematisk legger til rette for at det vil gå lenger tid før disse får kontakt med fastlege.

Studenter skal ha gode helsetjenester. Noen studenter ønsker å beholde sin fastlege på hjemstedet fordi man har opparbeidet en god og viktig relasjon. Det er i dag enkelt å ordne med nødvendige resepter via e-reseptsystemet. For andre studenter kan det være viktig å etablere kontakt med ny fastlege på lærestedet. Det bør tilrettelegges for at disse studentene får etablert kontakt med ny fastlege, snarere enn å lage kompensierende helsetjeneste uten samme kompetanse. En åpning for å løse prevensjonsbehovet som en sak for seg, uten tanke for andre helsebehov, bidrar til en usammenhengende helsetjeneste.

Det uttales i høringsnotatet at “dagens ordning har noen tydelige begrensninger som gjør den uhensiktsmessig på lengre sikt”. Etter Legeforeningens mening utgjør imidlertid de såkalte «begrensningene» et hensiktsmessig og et viktig grunnlag for en bedre tjeneste.

For eksempel vises til følgende utsagn i høringsnotatet: ”At kvinner alltid må bytte behandler når de blir 19 år gamle... kan være uheldig for kontinuiteten i behandlingen”. Til dette bemerkes at når fastlegen overtar vil kontinuiteten forbedres, hos den som har som hovedoppgave å være kontinuitetsbærer og koordinator med bred medisinsk tilnærming. Det er lite ønskelig med en to-delning av helsetjenesten for kvinner, ved å lage en egen prevensjonshelsetjeneste med livslang kontinuitet. Man klipper da helsetjenesten opp i stadig mer avgrensede, sektortenkende enheter, som i sum vil gi et dårligere helsetilbud.

Fastlegens popularitet i befolkningen knytter seg sterkt til det kontinuerlige kjennskapet mellom lege og pasient. Det er dette kjennskapet, som utvikles over tid, som gjør det mulig for legene å lage enkle, effektive ordninger som befolkningen ser seg tjent med. Hos fastlegen vil kvinnene i dag få en e-resept av 3 års varighet. Mange vil i dag kunne fornye en slik resept elektronisk, fordi legen kjenner pasienten, og vet hva som er formidlet om bruk av legemiddelet. Samtidig vet begge parter at veien er kort om et problem eller spørsmål skulle

oppstå. Dette er ordninger som er enkle og forutsigbare for brukerne, og som har en langt større bredde enn kun prevensjon. At det skal bli enklere med tre faggrupper og mange flere tjenestesteder er vanskelig å forstå.

HOD skriver at «utvidet rekvireringsrett vil kreve at helsesøstre og jordmødre må ha særlig kompetanse i rådgivning, anamnese og risikoavveining ved rekvirering og anbefaling av prevensjon til kvinner over 35 år». Det er vanskelig å se hensikten med å «overføre» denne gruppen fra fastlegen til mindre logiske oppfølgingsinstanser.

### ***Økonomiske forskjeller i helsetilbudene***

I samme periode som jordmor og helsesøstre fikk forskrivningsrett, fikk unge kvinner mellom 16-19 gratis p-piller. Dette er sannsynligvis den viktigste faktoren for å sikre jevn bruk av p-piller, som igjen trolig er viktigste faktor for å redusere aborttallene.

Helsestasjon for ungdom er dessuten et gratis helsetilbud, mens kvinner over 16 må betale egenandel for å få til fastlegen. Det argumenteres i debatten for å etablere gratis tilbud også for andre kvinner. Vi viser igjen til Nordheim-utvalgets utredning om prioritering i helsevesenet og mener at det må foretas en total gjennomgang av egenandelssystemet, som i dag er tilfeldig innrettet utfra til dels historiske årsaker. Myndighetene må være nøye med hvordan man ønsker å bruke så sterke økonomiske insentiver som egenandelsfritak. Hvis man ønsker at voksne friske kvinner skal ha gratis helsetilbud, må det gjelde på alle nivå, ikke bare når de oppsøker en bestemt profesjon.

Det har stor verdi at unge mennesker har lett adgang til prevensjon, uten at det skal koste noe. Legeforeningen mener at en utvidelse av aldersgrensen for konsultasjoner uten kostnad og gratis eller subsidierte prevensjonsmidler er et hensiktsmessig abortreducerende tiltak. Det er imidlertid urimelig for brukerne at man må betale hos fastlegen, mens den samme tjenesten er fullfinansiert og gratis når det skjer hos helsesøstre og jordmødre.

Ungdom er underforbrukere av helsetjenester. Det er ønskelig at fastlegenes rolle i arbeidet overfor ungdom styrkes, spesielt innenfor psykisk helse, identitetsproblemer, spørsmål knyttet til seksuell legning, ulike skolevansker og drop-out fra videregående skole. Overgangen fra barn til voksen er en livsfase der den unge kan trenge å etablere sin personlige kontakt med fastlegen. Dersom en 16-åring skal oppsøke fastlegen alene, for problemer som man ikke vil dele med sine foreldre, kan en egenandel utgjøre en reell terskel. Legeforeningen har lenge henstilt om at grensen for fri egenandel må heves fra 16 til 18 år.

Ordninger som aktivt leder ungdom utenom fastlegetjenesten kan isolert sett fremstå som "lavterskel" og bidra til å løse en konkret utfordring, men kan i praksis bidra til å svekke helsetjenestens samlede ytelse overfor denne delen av befolkningen. Når forskrivning av prevensjon er gratis hos jordmor og helsesøster, men belagt med egenandel hos fastlegen, er dette typisk en ordning som aktivt leder ungdom bort fra fastlegen. Høringsforslaget beskriver det som en suksess at spesielt 17-19-åringer får prevensjon hos andre enn fastlegen. Slik vi ser det er dette heller en naturlig følge av en prispolitikk.

Det er lite tilgang på jordmor- og helsesøstertjenester i distriktene. Legeforeningen bemerker at gratistilbudet som beskrives i høringsforslaget derfor i praksis primært vil gjelde kvinner i de større byene. Dette viser en ytterligere og antakelig utilsiktet skjevhet ved den foreslåtte modellen.

### ***Et helsetilbud som er "lett tilgjengelig"***

En rekke helsetiltak presenteres for tiden som ”lavterskel” og ”lett tilgjengelig”. Begrepsbruken indikerer at alternativene har høy terskel og er utilgjengelige. Dette stemmer dårlig med fastlegetjenesten, som kan beskrives som det mest tilgjengelige og fleksible helsetjenestetilbudet som finnes.

Mens helsesøstre og jordmødre har begrenset kontortid, er fastlegen som hovedregel på kontoret sitt 4-5 dager pr uke, 44 uker pr år. Ventetid på time skal være 5 virkedager eller mindre. Et betydelig antall legekontor har innført ”time samme dag”. Kort ventetid er nå mer regelen enn unntaket og timebestilling er gjennomgående betydelig forenklet. Med dagens e-reseptordning kan kvinner dessuten hente ut prevensjon på alle landets apotek, og resepter som skal fornyes kan bestilles elektronisk fra fastlegen. Også dette bidrar til at tilgangen på prevensjon er god.

### ***Særlig om LARC-midler***

Den faglige tilrådingen om bruk av LARC-midler har endret seg for få år siden, og det har ikke nådd skikkelig ut i befolkningen at dette er legemidler som man med fordel kan bruke før man har født. Et tydeligere budskap, kombinert med gratis innsetting hos lege, vil kunne gi et bruksmønster etter kvinnenes ønske. Det er fullt mulig, men vanskelig å se at det er noe behov for å lære opp annet personell og etablere nye rutiner for å nå et slikt mål. Det vil bare fordyre og stykke opp tjenesten.

Utstrakt bruk av hormonelle midler har noen faglige minussider. Dyslipoproteinemier, hypertensjon, arv, diabetes, fare for venøse tromber, ateromatose, legemiddelinteraksjoner, samt en rekke andre sykdommer vil ha betydning for bruken av hormonelle prevensjonsmidler. Bivirkninger kan mistolkes som sykdomssymptomer hos kronisk syke. Fastlegens medisinske vurdering vil være relevant hos et såpass stort antall kvinner at det bør være tungtveiende grunner til å flytte forskrivningen bort fra fastlegen.

### ***Kostnytteverdi ved forslaget***

Det hevdes at det vil ”være stor kostnytteverdi forbundet med at prevensjonskonsultasjoner til et betydelig antall kvinner i Norge kan forskyves fra fastlegene til helsesøstre og jordmødre”. Det er grunnlag for å betvile at det blir noen kostnytteverdi. Fra andre områder viser det seg at mer samordningsarbeid og lavere produktivitet oppveier en lønnsforskjell og medfører at det ikke er gode økonomiske grunner til å gjennomføre oppgaveglidning som innebærer konstruksjon av separate organisatoriske enheter. Vi fremhever videre at kvinnene i dag får ordnet sine forskrivninger under eksisterende system, uten at det betyr ekstrainsats av noe omfang for fastlegene. Erfaringen med dagens ordning er slik sett at den er god og effektiv.

Vi nevner at oppsummeringen på slutten av høringen der det presenteres tabeller som skal vise de økonomiske konsekvensene av ordningen, er vanskelig tilgjengelig. Det er krevende å se hvordan tallene kan kontrolleres ut fra hvilke premisser som har ligget til grunn.

### ***Øvrige kommentarer til forslaget***

For det tilfelle at forslaget blir vedtatt bemerker at vi det skisserte opplæringstilbudet virker gjennomarbeidet. Teori vil være egnet som etterutdanning via nettundervisning med påfølgende eksamen. Det blir dog viktig å innarbeide algoritmer som differensierer anbefalinger i henhold til kvinnens alder. Hva gjelder innsetting av P-stav og spiral så må dette læres ved praktisk undervisning.

Det diskuteres om helsesøstre og jordmødre fritt skal kunne rekvirere «legemidler til bruk i praksis som er nødvendig for administrering av prevensjonsmidlene» eller om de kun skal

kunne rekvirere etter liste. Departementet går inn for fri rekvirering ved å vise til at tannlegene har en slik rett. Legeforeningen påpeker at en tannlege gjennom sin utdanning har en mye tyngre legemiddelkompetanse enn det en sykepleier har. Disse gruppene kan derfor ikke uten videre sammenlignes. Hvis forslaget om utvidet rekvireringsrett går gjennom vil Legeforeningen anbefale at helsesøster og jordmors rekvirering av tilleggsmedikamenter kun foretas etter oppsatt liste, især i en første fase til man får erfaring med ordningen.

### **Sammenfatning**

Det er Legeforeningens oppfatning at rekvisisjonsretten for jordmødre og helsesøstre ikke bør utvides ut over dagens ordning.

Legeforeningen ser fordeler med å øke aldersgrensen for forskrivning av gratis prevensjon til kvinner utover 20 år, men dette bør gjelde primært hos fastlegen. Å fjerne egenandel på prevensjonsveiledning/foreskrivning på fastlegekontoret vil bidra til å gjøre tjenesten tilgjengelig for alle kvinner i aldersgruppen, og vil kunne være et bidrag til å bedre den seksuelle helsen i hele befolkningen. Vi nevner særlig at en subsidiering av LARC-midler fremstår som et hensiktsmessig virkemiddel for ytterligere senkning av ungdomsaborter.

Med hilsen

Den norske legeforening

Geir Riise  
generalsekretær

Lars Duvaland  
Avdelingsdirektør

Saksbehandler: Aadel Heilemann